FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1923

STUDIU

ASUPRA

CREEREI ARTIFICIALE A VAGINULUI IN ABSENȚA SA CONGENITALĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 24 MAI 1923

DE

S. NOVAK

BUCUREȘTI

—

TIPOGRAFIA CURȚII REGALE F. GÖBL FII

19, Str. Regală, 19

1923.

c. 9200

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1923

STUDIU

ASUPRA

CREEREI ARTIFICIALE A VAGINULUI IN ABSENȚA SA CONGENITALĂ

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA MAI 1923

DE

S. NOVAK

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 481.914

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA CURȚII REGALE **F. GÖBL FII**
19, Str. Regală, 19
1923.

c. 9200

Decan: D-nul Prof. Dr. IONNESCU THOMA

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	» »	**Athanasescu N.**
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	» »	**Bălăcescu I.**
Anatomia patologică *Bacteriologia și patologia experimentală*	» »	**Babeș V.**
Istologia normală și Istogeneza	» »	**Besnea St.**
Medicina experimentală	» »	**Cantacuzino I.**
Clinica ginecologică	» »	**Daniel C.**
Clinica II-a medicală	» »	**Danielopol D.**
Anatomia topografică II	» »	**Gerota D.**
Farmacia chimică și galenică	» »	**Georgescu M.**
Clinica și teoria obstetricală	» »	**Gheorghiu N.**
Anatomia topografică I *Clinica I chirurgicală*	» »	**Ionescu Th.**
Clinica III-a medicală	» »	**Ionescu D.**
Clinica III-a chirurgicală	» »	**Juvara E.**
Clinica boalelor căilor urinare	» »	**Jianu A.**
Farmacologia și materia medicală	» »	**Lalu S.**
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	» »	**Mețianu N.**
Clinica boalelor nervoase	» »	**Marinescu Gh.**
Chimia analitică	» »	**Minovici Șt.**
Clinica infantilă	» »	**Manicatide M.**
Igiena și poliția sanitară	» »	**Mezincescu D.**
Medicina legală	» »	**Minovici M.**
Oftalmologia și clinica oftalmologică	» »	**Manolescu D.**
Clinica I-a medicală	» »	**Nanu-Muscel I.**
Clinica dermatologică și sifiligrafică	» »	**Nicolau St.**
Clinica mentală	» »	**Obregia Al.**
Fiziologia umană	» »	**Paulescu N.**
Patologia generală	» »	**Proca Gh.**
Anatomia descriptivă și embriologia	» »	**Rainer Fr.**
Zoologia medicală	» »	**Sihleanu St.**
Botanica medicală	» »	**Solacolu T.**
Patologia medicală	» »	**Thomescu I. Th.**
Terapeutică experimentală	» »	**Theohari A.**
Analiza alimentelor și băuturilor	» »	**Vintilescu I.**

PROFESORI AGREGAȚI:

Medicină operatoare	D-l Dr.	**Constantinescu C.**

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Prof. Dr. **C. Daniel**

Membrii
- D-l Prof. Dr. **Juvara E.**
- » Conf. Dr. **Jianu I.**
- » Docent Dr. **Georgescu Gr.**
- » » » **Hristide Ep.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprimă, nici aprobare nici desaprobare.

Președintelui meu de teză

Domnului Profesor C. Daniel

Pentru onoarea ce-mi faceți primind președinția tezei mele vă rog a primi viile mele mulțumiri și asigurarea deosebitei mele stime.

Profesorilor mei, Juriului de promoțiune

Omagii respectuoase și recunoștință.

Domnului Doctor Al. Crăinicianu

Sub ale cărui auspicii a fost făcută presenta lucrare, îi mulțumesc și pe această cale și-l asigur de dragostea nețărmurită și recunoștința mea.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0034

I.

SCURTA PRIVIRE ASUPRA EMBRIOLOGIEI APARATULUI GENITAL LA FEMEE.

Către a doua lună a vieţei intrauterine, partea posterioară a embrionului este constituită de un fel de răspântie endodermică unde vin să se întâlnească: înainte, pediculul vesiculei allantoide, viitoarea vesică urinară; îndărăt, intestinul. Această răspântie poartă numele de *cloacă;* ea este închisă de partea externă printr'o membrană epithelială groasă, membrana sau *dopul cloacal* destinat să se desagrege mai târziu pentru a deschide orificiile genito-urinar şi intestinal.

Această cloacă se desparte în două cavităţi: una ventrală, *sinusul uro-genital*, cealaltă dorsală, *rectul*. Pentru a ne da socoteală exactă de această despărţire, trebue făcută o secţiune antero-posterioară a embrionului. In punctul de joncţiune al allantoidei cu partea terminală a tubului digestiv, marginea inferioară a despărţitoarei lor comune formează un fel de pinten ieşind în cloacă. Acest *pinten perineal* scoboară progresiv către membrana cloacală, formând o perdea transversală care divide cloaca; marginea sa inferioară contribue la formarea perineului.

In sinusul uro-genital, la partea sa posterioară vin să se deschidă canalele lui Wolff şi canalele lui Müller. Ajunse la o oarecare distanţă de sinus, canalele lui Müller, cari se găseau în afara canalelor lui Wolff, trec îndărăt pe urmă înăuntrul acestora, şi cele patru canale reunite într'un gang conjunctiv formează *cordonul lui Thiersch*. La fătul de sex femenin, canalele lui Wolff se atrofiază, nelăsând să persiste decât vestigii residuale, cum sunt epoophoron şi canalele lui Gärtner deoparte şi de alta a uterului şi a vaginului; canalele

lui Müller se desvoltă activ pentru a constitui trompele, uterul și o parte a vaginului.

Puțin deasupra cordonului lui Thiersch se face inserția ligamentului lui Hunter (viitorul ligament rotund), pe canalele lui Müller; ea este importantă de oarece toată partea conductelor situată deasupra acestei inserțiuni rămâne dublă și formează trompele, iar în jos până la deschiderea în sinusul uro-genital, cele două canale ale lui Müller se fuzionează pentru a forma uterul și partea superioară a vaginului, aceea care corespunde fundului vesicei și segmentului superior al uretrei înconjurat de un sfincter striat complect.

Un mugure apărut pe fața internă a acestui conduct unic formează colul uterului și marchează separația dintre cavitatea uterină și vagin.

Partea inferioară a vaginului, precum și partea anterioară a uretrei, se formează prin despărțirea sinusului uro-genital. Această despărțire se face printr'un proces identic cu despărțirea cloacei prin pintenul perineal; în punctul de joncțiune al allantoidei înainte cu conductul lui Müller îndărăt, despărțitoarea comună formează un nou pinten ieșind în sinus care, în urma alipirei de jos în sus a celor două repliuri formate de pereții laterali ai sinusului, se întinde de jos în sus în cavitatea pe care o divide; astfel sunt formate înainte uretra, îndărăt vaginul inferior. Această despărțire se continuă în jos până la baza labiilor mici, astfel că restul sinusului uro-genital sau *vestibulul* este în general foarte scurt.

In timp ce aparatul genital intern se constitue, organele genitale externe se desvoltă, clitorele în detrimentul tuberculului genital, labiile mari în detrimentul repliurilor genitale. *Hymenul* apare către a nouăsprezecea săptămână ca un fel de repliu circular în jurul orificiului anterior al vaginului, în punctul unde el se deschide în vestibul, rest al sinusului uro-genital.

In urma unei opriri, a unei imperfecțiuni saŭ al unui viciu al uneia din aceste diverse faze de desvoltare a aparatului genital, se pot naște diferite malformațiuni. (Forgue et Massabuau).

II.

CONSIDERAŢIUNI ANATOMO-CLINICE

ASUPRA

ABSENŢEI CONGENITALE A VAGINULUI

Absenţa congenitală a vaginului constitue o malformaţiune destul de rară. Ea poate fi totală, când nu se constată nici o urmă a acestui conduct între organele genitale externe şi uter, sau parţială.

De obicei organele genitale externe sunt normal desvoltate; un sigur caz se citează până acum în care bolnava pe lângă absenţa vaginului presenta şi absenţa clitorelui [1]), iar acum în urmă Dr. Crăinicianu [2]) într'o lucrare recentă citează un caz de absenţă congenitală a vaginului operată în clinica gynecologică de sub conducerea D-lui *Prof. Const. Daniel,* având organele genitale externe atrofiate, absenţa labiilor mici clitoris desvoltat, iar dintre organele genitale interne, uterul sufere de cele mai multe ori concomitent fiind şi el cu totul absent sau rudimentar, redus la un corp de mărimea unei alune, a unui bob de mazăre, unic şi median sau dublu şi bilateral, sau chiar redus la un simplu cordon fibros. Ovarele însă chiar în cazuri de absenţă totală a vaginului şi a uterului, există şi de cele mai multe ori perfect desvoltate, ceeace ne explică excelenta desvoltare a tuturor celorlalte caractere sexuale secundare femeeşti ce prezintă, ca o ironie a naturei aceste nenorocite infirme sexuale. Intr'adevăr, marea lor majoritate sunt dotate cu un corp bine desvoltat, mame-

[1]) Cazul lui Arthur Müller citat de Puppel în Zentralbl. f. Gyn. 1910, No. 3 pg. 72.

[2]) Dr. Al. Crăinicianu, Un nou caz de absenţă congenitală de vagin tratată prin transplantaţiune de intestin subţire etc. Buc. Cartea Medicală 1923.

lele de asemenea bogat desvoltate precum și sistemul pilos — pubian și axilar — și genitalele externe în aceeași bună desvoltare. Și în sensațiile sensuale femeile acestea nu deviază dela normal (Rosenstein-Breslau)[1]. Și aici, cazul presentat în lucrarea sa de D-l Dr. Crăinicianu, caz foarte rar, este o excepție prin caracterele sale externe puțin femeești, mamele de tip infantil etc.

In unele cazuri nu există nici o urmă de hymen, ci cel mult o ușoară depresiune de culoare palid roșiatecă în regiunea vulvară; în alte cazuri se constată un hymen normal iar îndărătul acestuia, o porțiune de vagin de 1/2 — 1 cm. adâncime, care formează un mic fund de sac și care reprezintă un rest al sinusului uro-genital, absența congenitală a vaginului nefiind altceva decât rezultatul unei parțiale opriri de desvoltare a organelor genitale (Menge, Mainzer, Stratz, Krönig și a.[2]).

Această anomalie a vaginului se constată în general în epoca pubertății sau puțin timp după apariția acestei epoce. Două simptome împing aceste ființe malformate să ceară ajutorul medicului: *accidente de retenție a regulelor* și *imposibilitatea coitului.*

Intr'adevăr, absența totală sau parțială a vaginului cu organele genitale interne bine desvoltate, cauzează la pubertate accidente de retenție a sângelui menstrual producând haematocolpos, haematometru și chiar haematosalpinx. Trebue atunci să creăm o cale de scurgere sângelui reținut. Dacă vaginul e absent în totalitate, trebue creat un vagin artificial. Când absența vaginului e concomitentă cu absența uterului, ceace ne indică tactul rectal combinat cu catheterismul intravesical, care în acest caz nu permite a găsi nici un organ interpus între vesică și rect, dacă ovarele sunt normal desvoltate și funcționează mai mult sau mai puțin bine, bolnava sufere de *dureri dysmenoreice* și *fenomene congestive.* Alteori bolnava nu se plânge de nici o tulburare patologică, nici dureri nici haematometrie, atunci probabil că avem de aface cu un caz prezintând și absența totală a organelor genitale interne rudi-

[1]) Dr. Rosenstein-Breslau: Zur Scheidenbildung beim angeborenem Vaginaldefekt. Monatsschr. für Geb. u. Gyn. Vol. LVIII No. 3—4. 1922.

[2]) Liepmann: Frauenheilkunde, Vol. II Frankl, path. Anathomie pag. 241.

mentar desvoltate sau atrofiate. In aceste cazuri, crearea unui vagin artificial nu are alt obiect decât de a face posibil coitul, chestiune a cărei oportunitate a fost foarte mult discutată. (Guéniot). Intr'adevăr, se pune întrebarea dacă medicul are dreptul ori nu să înlăture prin intervenţie acest defect al naturei, care nu aduce alt folos decât posibilitatea raporturilor sexuale. Astăzi toţi autorii sunt de acord că cu tot risicul ce au în sine operaţiunile de plastie, în cazul unei aplazii vaginale, la cererea bolnavei de a i se creia un vagin artificial trebue să i se satisfacă cererea (Prof. Dr. C. Grigoriu, Clujul Medical No. 7—8, 1922).

Häberlin[1]) împarte aceste bolnave din punct de vedere al cauzelor ce le împing să ceară ajutorul medical, în trei categorii: *a)* Bolnavele cari suferă de haematomerie, cu complicaţiile respective, *b)* femeile măritate, a căror fericire conjugală depinde de repararea acestei infirmităţi şi *c)* fetele, a căror viitoare fericire casnică de asemenea depinde de repararea acestei nedrepte infirmităţi. Noi am mai adăuga încă două categorii de bolnave ce necesită această intervenţiune: 1. Femeile măritate cu infecţiuni vesicale în urma raporturilor sau tentativelor de raporturi uretrale şi 2. Demoralizatele.

* * *

In cazul absenţei congenitale a vaginului cu persistenţa uterului normal şi a anexelor sale, la epoca pubertăţei sângele menstrual se acumulează într'o cavitate închisă şi duce la *haematometru*, cu *haematocolpos* în caz de absenţă parţială a vaginului; la fiecare perioadă menstruală haematometrul creşte în dimensiuni prin adăugarea de noi cantităţi de sânge şi devine cauza unor dureri şi colici în regiunea hypogastrică şi pe flancuri, datorite contracţiunilor uterine, cari ajung uneori de o asemenea intensitate încât bolnavele sunt împiedecate de a-şi vedea de obicinuitele lor ocupaţiuni. In evoluţia progresivă a boalei, haematometrul se poate complica cu *haematosalpinx uni sau bilateral.* Această complicaţie ameninţă bolnava cu o ruptură a sacului tubar, cu toate urmările ei. Heyfelder[2]) citează cazul unei femei în vârstă

[1]) Häberlin, Zürich, Zentralbl. f. Gyn. 1907 No. 9 pg. 263.
[2]) Neugebauer: Weitere Erfahrungen zur Bildung der Dünndarmscheide. Zentralbl. f. Gyn. 1922 No. 10.

de 38 ani, care suferea de amenorrhee și tulburări menstruale; întorcându-se într'o seară dela teatru se îmbolnăvește subit și după 4 zile moare în urma unei rupturi a trompei în haemato-salpingo-metru.

In tratamentul acestor cazuri toți autorii sunt de acord. Toți recomandă intervențiunea: 1) pentru a vida uterul de conținutul său pathogen și 2) pentru a păstra noului canal o permeabilitate perzistentă. Creearea artificială a unui vagin împlinește ambele aceste necesități; menstruele se pot efectua cu regularitate, durerile dispar și femeia poate fi chiar capabilă de raporturi sexuale. In caz de existență a unui haematometru și haematosalpinx, atunci operația se face succesiv, operând mai întâi haematosalpingele și apoi se creează noul vagin.

Cazurile de absență congenitală a vaginului cu prezența unui uter normal desvoltat, sunt foarte rare. Un singur caz de haematosalpinx cu haematometru prin absența congenitală a vaginului găsim citat de Dr. Dumitrescu [1]), majoritatea acestor cazuri fiind mai ales atrezii vaginale produse mai toate numai în viața extrauterină (trauma, inflamație în prima copilărie, boală infecțioasă, etc.) chestiune care nu intră în cadrul acestei lucrări.

In cazurile de absență congenitală a vaginului concomitentă cu absența sau atrofia genitalelor interne, tabloul simptomatic se schimbă. Aci nu găsim simptome cari pun viața în pericol; durerile abdominale periodice pot chiar să lipsească cu totul. In aceste cazuri însă, suferă partea morală a omului. Femeea se consideră ca o nenorocită și ca să se elibereze de această infirmitate este suprema ei tendință. Cât de puternică este pornirea acestor nenorocite de a-și face posibilă viața sexuală, ne arată cazul lui Huguier citat de Debièrre[2]): «o astfel de fiică vitregă a naturei, era disperată «de oarece soțul ei pe care îl iubea foarte mult, era nevoit a o înlocui cu o altă femee. Bolnava era atât de disperată «încât Huguier socotind pentru acea bolnavă — pe acea vreme! «— prea periculoasă creearea prin plastie a unui vagin arti-

[1]) Dr. Marie Dumitrescu: Traitement des absences congénitales du vagin. Annales de Gyn. et d'obstétrique 1896. Vol. XLVI.

[2]) Debièrre, l. c. p. 221, Neugebauer l. c. pag. 125.

«ficial, luă hotărîrea eroică de a dilata uretra atât de tare, «încât să fie capabilă a servi chiar pentru coit». (Sitsinsky[1]). Aceste bolnave nu se dau înapoi chiar când li se explică riscurile acestei operaţiuni, pentru că le e în joc fericirea şi liniştea conjugală, *şi tocmai aci, iar nu în Erotică consta motivarea indicaţiunei acestei intervenţiuni.* Papanicol[2]) relatează cazul unei femei care deşi fusese o dată operată fără succes de această diformitate fiind revăzută după cinci ani, la propunerea autorului de a interveni a doua oară, pacienta acceptă imediat bucuroasă a doua intervenţie. Această a II-a operaţiune promiţătoare de succes avu destulă importanţă pentru bolnavă, pentru a o face să înfrunte riscurile unei a doua intervenţiuni. Scheffzek[3]) aminteşte de un caz în care bolnava în urma operaţiunei, rămâne cu o strictură a rectului, din care cauză ea este nevoită să-şi facă continuu dilataţiuni rectale, iar mai târziu, situaţia se complică cu o incontinenţă de materii fecale. Totuşi pacienta primeşte bucuroasă toate aceste neplăceri de când raporturile sexuale se pot face cu uşurinţă.

De altă parte, din cauza imposibilităţei vieţei sexuale majoritatea acestor bolnave sunt mereu ameninţate să fie divorţate de soţii lor. Această perspectivă neplăcută îndeamnă şi pe tinerele fete să se supună bucuroase acestei operaţiuni.

La multe din aceste bolnave, la examinare se constată tegumentele din regiunea vulvară iritate în urma traumatismelor conjugale, tentative de apropiere sexuală; la altele se constată o dilataţiune a orificiului uretral, uneori permiţând cu uşurinţă introducerea unui deget în vezică, cu complicaţiuni ca inflamaţia mucoasei, incontinenţă de urină sau chiar fenomene de *cistită*, ca în cazul citat de Scheffzek care alarmat de această chestiune scrie că: «deşi scopul suprem al «căsniciei nu e coitul ci procrearea, şi că ar prefera ca o «căsnicie care depinde de un vagin confecţionat din intes«tinul gros, mai bine să se desfacă sau chiar nici să nu ia «fiinţă, totuşi găseşte necesară indicaţiunea pentru înlăturarea

[1]) Sitsinsky: Zur Frage über die Bildung einer Künstl. Scheide. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1900 Vol. XII.

[2]) Papanicol: Crearea unui vagin artificial din intestinul subţire Zbl. f. Gyn. 1912 No. 31.

[3]) Scheffzek: Zur Schubert schen Vaginalplastik Zbl. f. Gyn. 1922 No. 44.

«acestei anormalităţi, în primul rând pentru a preîntâmpina «*tulburările şi infecţiunile vezicale*, cari cu siguranţă s'ar «putea complica cu *tulburări renale*, soţul putând aduce di«verse infecţiuni din afară».

Dar şi din punctul de vedere al moralului acestor bolnave, a le opera — la cerere — înseamnă a le elibera dintr'o crudă stare de suferinţă morală şi de a preveni în multe cazuri adevărate boale mentale; înseamnă a le salva dintr'o nedreaptă stare de inferioritate faţă de semenele lor, stare care le duce la demoralizare şi le face să nutrească gândul sinuciderei; a le opera înseamnă chiar a le salva viaţa. Ca dovadă că ele suferă moralicește este şi promptitudinea cu care se hotărăsc a se supune acestei destul de grele operaţiuni. Keyserlingk [1]) citează cazul unei domnişoare în vârstă de 18 ani, care înainte de operaţie era «adânc deprimată şi demoralizată», iar după operaţie s'a schimbat într'o femee veselă şi fericită. Schubert [2]) afirmă că «această malformaţiune grea «poate distruge fericirea unei căsnicii, ba poate chiar în anu«mite împrejurări să ducă la sinucidere în urma unei depri«mări sufleteşti». Krafft-Ebing [3]) aminteşte cazuri observate de repetate încercări de sinucidere din cauza acestei malformaţiuni genitale. Operaţia lui Mori provocă o furtună de indignare în contra autorului la congresul internaţional de Gynecologie ţinut în 1908 la Kyoto, dar această intervenţie oricât de periculoasă ar fi îşi are totuşi justificarea în multe cazuri speciale în lipsa unui alt mijloc de a alina suferinţele nenorocitelor purtătoare a acestei infirmităţi (Schubert). Mori citează părerea lui Pozzi [4]) care afirmă că execută această operaţiune plastică numai din motive psyhice, de oarece multe femei din această categorie neoperate, sfârşesc prin a se sinucide. John Scott [5]) relatează cazul unei femei care consultându-l şi aflând că nu are uter, se sinucise.

Repararea acestei malformaţiuni a avut şi foarte mulţi

---

[1]) Keyserlingk (Reval) Scheidenbildung nach Schubert. Zentralbt. f. Gyn. 1922 No. 10.

[2]) Schubert, Scheidenbildung bei angeborenem Vaginaldefekt. Zentralbl. f. Gyn. 1911 No. 28.

[3]) Schubert. l. c.

[4]) Mori, Zentralblatt f. Gyn. 1909 No. 5.

[5]) Americ. journ. of Obstetric 1885.

adversari. Mai ales a fost cu vehemenţă combătută în perioada preantiseptică şi cu drept cuvânt, căci atunci creearea unui spaţiu între rect şi vezică şi tamponarea lui sau acoperirea lui cu grefe, era — în condiţiunile operatorii de atunci — o sigură condamnare la moarte prin infecţiune. Debrou în 1851 critica aspru operaţia aceasta executată de Stoltz unei femei, numai pentru scopul coitului, din cauza periculoasei expuneri. Le Fort, care era unul din apărătorii acestei operaţiuni, o numea opération de complaisance spre deosebire de cazurile tardive şi grave pe cari le numea opérations de nécéssité. În perioada antiseptica şi aseptică numărul cazurilor operate se mări, înregistrând şi succese. Toţi autorii se exprimă în favoarea creerei artificiale a vaginului, care se şi execută fără simptome grave (Emmet, Thomas, Rob. Barnes, Schlesinger, Le Fort, Polaillon, Picqué, Pozzi, Rein, Ott, Schwartz, Villar, Küstner, Mackenrodt şi alţii).

Printre adversarii acestei operaţiuni se mai poate cita Breisky, Kaltenbach, Hoffmeier. Acesta din urmă se exprimă categoric în contra operaţiei care în caz de absenţă a uterului normal ar fi cu totul fără rost. De acord cu Kaltenbach şi Breisky, este de părere că această operaţie la un uter rudimentar sau care nu funcţionează normal, din principiu nu trebue executată. (Sitsinsky). Aceşti autori însă pleacă dela ideea pericolului intervenţiunei.

Dar astăzi, dată fiind innocuitatea actuală a intervenţiunilor pe această regiune şi de altă parte amintindu-ne şi de influenţa cu adevărat dezastroasă ce poate avea imposibilitatea coitului asupra stărei mentale a multora din aceste bolnave, este perfect legitim de a face această intervenţiune pentru a creea un vagin artificial (Schwartz et Mathieu).

III.

ISTORICUL TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL ABSENŢEI CONGENITALE A VAGINULUI

Dacă în ceeace privește *justificarea* și *necesitatea* creerei artificiale a vaginului în absența sa congenitală, astăzi nu mai există nici o divergență de păreri, în ceeace privește *modul de operație,* se mai discută încă.

Cert e că în prezent o singură metodă care duce la un rezultat durabil și satisfăcător, e transplantațiunea de intestin. Acì concurează două metode operatorii: întrebuințarea de intestin subțire după Baldwin și Mori și aceea a intestinului gros, respectiv a rectului, după Schubert.

Multă vreme, sagacitatea chirurgilor a fost pusă la încercare pe această chestiune și soluțiunea problemei păreà foarte dificilă de găsit, căci trebuia descoperit mijlocul de a creea un spațiu între rect și vezică și de a menține acest spațiu, acoperindu-l cu grefe. (Dr. Grig. Georgescu [1]).

A. **Incizia.** In epoca preantiseptică, primele încercări de creare a unui vagin artificial erau foarte primitive. S'a început prin procedeul *simplei incizii* sau așà zisul procedeu *cu bisturiul.* Acest procedeu vechiu consta, bolnava fiind în poziția taliei, cu o sondă în vezică și cu un deget *în rect,* în a face o încizie transversală în regiunea vulvară în locul unde trebuia să se găsească vaginul; se adância bisturiul în spațiul vezico-rectal, formând noua cavitate. Acest procedeu dădeà aproape constant insuccese. El expunea la răniri serioase a organelor vecine. *De Haen* ajunse în vezică; bolnava lui *Macfarlane* muri de peritonită, de altfel sfârșit la fel cu al bolnavei lui De Haen. *De Bal* nu putu dilata noul vagin,

[1]) Gr. Georgescu: Deux cas d'absence congénitale du vagin, Buc. 1916.

Villaume (din Metz) avù oarecare succes câtva timp, iar în cazurile lui *Maisonneuve, Guérin, Piachaud (Geneva),* stricturarea ulterioară dusă până la complecta obliterare făcu să se peardă beneficiul operaţiei. Un singur caz relatează *Léon Le Fort* în teza sa [1]) în care *Huguier* reuşì să creeze astfel un vagin cu oarecare succes. Iar *Richet* citează un al doilea caz excepţional.

B. **Decolarea.** *Amussat* [2]) în 1832 încercă şi reuşì să creeze un conduct vaginal la o fată în vârstă de 15½ ani care suferea de haematometru cu absenţa vaginului, prin apăsări zilnice a mucoasei vulvare cu o sondă groasă dreaptă, înfundând-o în direcţia presupusului vagin din ce în ce mai profund până ajunse în vre-o 15 zile la colul uterin pe care puncţionându-l, îl vidă de conţinut. Bolnava trebui apoi câţiva ani dearându-l să-şi facă în continuu dilataţiuni cu sonde groase de cauciuc; după câtva timp vaginul se stenoză lăsând numai o fistulă prin care bolnava se menstrua regulat.

Malgaigne practică şi el această operaţie, precum şi alţii (*Zeis* din Dresda, *Bernutz,* etc.).

Acest procedeu foarte dureros, deşì nu erà făcut cu bisturiul dădu de asemenea numai eşecuri.

C. **Incizie şi decolare.** Evoluţia mai departe aduce procedeul prin *incizie şi decolare* a ţesuturilor perineale, operaţie atribuită lui *Dupuytren* (1817). După faccrea unei incizii transversale se decolează cu degetele sau cu un instrument netăios, peretele vezicii de cel al rectului. *Fletcher* [3]) operă în Anglia în 1831, o femee de 22 ani, făcând în mai multe şedinţe un vagin prin introducerea unei sonde, după ce făcuse o incizie perineală.

In 1846 medicul belgian *Kluyskens* [4]) (apoi şi *Bal),* făcu unei fete de 18 ani, o incizie transversală de 9—10 cm., pătrunse cu 4 degete în spaţiul vezico-rectal şi deschise uterul printr'o incizie largă. După vindecare, bolnava rămase cu un traect fistulos.

---

[1]) *Le Fort,* Des vices de conformation de l'uterus et du vagin, Thèse d'agrégation, Paris 1863.

[2]) *Amussat,* Obsérvations sur une opération de vagin artificiel. Paris 1835 şi Le Fort, Médecine Opératoire 1877 pag. 67.

[3]) Fletcher: The Lancet, London 1831.

[4]) Kluyskens: Annales et bullet. de la Société de Médecine de Gand, Gaz. Méd. Paris 1864, pg. 249.

Debrou operă de asemenea astfel un caz care avù un rezultat nefericit. *Dolbeau* publică în 1866 un caz identic cu sfârşit bun. .

In epoca preantiseptică, rezultatele fericite erau excepţionale, marea majoritate a operaţiunilor se terminară, spre dezesperarea chirurgilor, cu moartea prin septicemie, de aceea *Roser* [1]) în 1885 se întreba dacă această operaţiune trebue ori nu să fie executată. *Maunourry* [1]) în 1839 operând şi el un caz nefericit se exprimă că e mai bine să lăsăm femeea în pace decât să compromitem arta prin operaţiuni infructuoase şi mortale. *Boyer* cel mai renumit chirurg al timpului său scrie în cartea sa de chirurgie (p. 416): Moartea este consecinţa inevitabilă a haematometrului în caz de absenţă a vaginului.

Cu apariţia *epocei antiseptice* crescură enorm şi speranţele chirurgilor. Ei se avântară cu curaj şi larga manu nemai temându-se de fantoma — inevitabilă până acum — a septicemiei. Dar acest entusiasm decăzu curând din nou, când începură să se evidenţieze alte lipsuri, — lipsurile technice. Dese lezări ale vezicei, a rectului le mai temperă entusiasmul cu toate că nu se mai vedeau neplăcutele complicaţiuni de mai înainte. Dar vaginul rezultăt dintr'o simplă incizie, urmată de o decolare a ţesuturilor spaţiului recto-vezical, aveà desavantagiul că imediat ce se neglijà cu neîntrerupta tamponare sau dilatare, se strâmta şi se strictură, ceeace puse iarăş la ordinea zilei chestiunea dacă numai pentru permiterea coitului, merită bolnava să fie supusă acestor operaţiuni. *Garrigues, Hynter, Plaifair, Madden, Winckell* şi alţi autori se exprimă în contra acestei operaţiuni.

D. **Electroliza**. *Léon Le Fort* [2]) propune atunci (1877) crearea unui vagin artificial printr'un procedeu de electrolyză (care dădu mortificare a ţesuturilor, fistule vezicale, rectale, etc). Alţii încercară cu diverse caustice chimice sau cu thermocauterul.

Rezultatele erau nemulţumitoare de oarece trebuià luptat în continuu şi de multe ori zadarnic în contra retracţiunilor cicatriciale. Pentru aceste motive, chirurgii să gândiră să în-

---

[1]) Maunourry. Bull. de l'Académie 1839 Séance du 3 Sept.

[2]) Le Fort, Création d'un vagin artificiel par un procédé d'éléctrolyse. Bull. de l'Acad. de Med. 187 p. 789 şi Médecine Opératoire p. 668.

locuiască tampoanele și cilindrele printr'o căptușire a noului vagin cu lambouri de piele sau de mucoasă sau mixte, prin metoda *auto* sau *heteroplastiei.*

E. **Metodele plastice**. *Autoplastia.* Plastica vaginală (sau grefele vaginale) cu ajutorul unor lambouri pediculate din regiunea vulvei și a labiilor mici, cum se practica mult în ultimele decenii, nu a dat rezultate satisfăcătoare, durabile, deoarece sacul vaginal implantat între uretră sau vezică și rect, în scurt timp se ratatina.

Cel dintăi care avu ideea de a căptuși noul vagin cu lambouri, cutanate pentru a împedecà aderarea pereților după operațiune, a fost D-rul *Heppner* din Petrograd [1]). El aplică această idee în 1872 cu succes strălucit; făcù în regiunea vulvară o incizie a pielei în formă de H, obținu astfel două lambouri, superior și inferior pe cari le împinse dinainte îndărăt în conductul vaginal pe care îl creiase. In 1882 execută *B. Crédé* [2]) în Dresda o operație identică, cu succes mulțumitor, de asemenea și *Braithwaite* [3]). Urmară apoi încercări cu lambouri mucoase, apoi cu lambouri *mixte* de mucoasă și piele. Alții luară lambouri din regiunea pubiană care prezentară apoi desavantagiul desvoltărei panicului pilos. *Rhein* (1894) întrebuință lambouri din regiunea fesieră, și iliacă, cu un succes destul de bun. *Azéma* și *Filonovici* disecară lambouri din labiile mari, dar aceste vaginuri se stenozară curând.

Dembowsky [4]) întrebuință numai lambouri mucoase, de asemenea și *Frank* [5]), *Lipinsky*, *Küstner* [6]), și alții. *Pozzi* [7]), *Kubinyi* [8]), au întrebuințat cu succes mucoasa labiilor mici și a vestibulului, *Roux* [9]) reuși să facă un vagin căptușit cu lambouri mucoase provenite de pe labiile mari, până la fundul de sac al lui Douglas, *Kaşkadamoff* [10]) și *M. Schwartz* [11])

---

[1]) Heppner, Rev. med. Sf. Petersburg 1872 pg. 552.
[2]) Crédé. Dresden, Archiv f. Gynaekologie 1884, Vol. XXII.
[3]) Braithwaite. Obst. Transact. London 1880.
[4]) Dembowsky, Gazetta Lekarska 1892 No. 34.
[5]) Frank, Zeitschr. für Geb. u. Gyn. St. Petersburg 1882.
[6]) Küstner, Zentralbl. f. Gyn. 1893 No. 23.
[7]) Pozzi, Forgue et Massabuau, Gynécologie p. 839.
[8]) Kubinyi, Zentralbl. f. Gyn. 1910, No. 8.
[9]) Roux V. Dumitrescu l. c. p. 428.
[10]) Kaşkadamoff, Zeitschr. f. Gyn. u. Gyn. Petersburg 1896.
[11]) M. Schwartz Congrès de chirurgie 1892, Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1895 p. 644.

întrebuinţară de asemenea lambouri mucoase cu rezultate bune şi mai durabile.

Lambouri mixte întrebuinţară *Drouin* [1]), *Picqué* [2]), *Villar* [3]) *Bode* [4]), *Delagenière* [5]), *Vautrin* [6]) ş. a.

In cazurile lui Kaşkadamof şi Schwartz după 1½ ani, vaginurile erau în bună stare, permiţând cu uşurinţă pătrunderea a 1—2 degete. In cele ale lui Drouin, Picqué, Villar, după câtva timp vaginul încă nu se vindecase, ba chiar se strâmtă şi expulsă mucoasa căptuşitoare.

Tuffier, Forgue şi *Grégoire* [7]) întrebuinţară grefe dermo-epidermice luate de pe coapsă.

F. **Heteroplastia.** Odată cu perfecţionarea autoplastiilor începu să prindă şi ideea transplantării de lambouri mucoase dela alte persoane sau chiar dela animale. *Mackenrodt, Küstner, von Ott* au grefat pe peretele vaginului artificial lambouri de mucoasă vaginală provenită dela femei ce fură operate de prolaps. Aceeaşi operaţie o execută în 1907 *D-rul Papanicol* [8]) (Galaţi), technică dificilă de executat cu rezultate nerecunoscătoare, de oarece lambourile se necrozează, se detaşează şi vaginul se obliterează. *Von Ott* [9]) şi *Stoeckel* făcură o adevărată *autoplastie seroasă* servindu-se de peritoneul pelvian scoborît. *Dreyfus* (din Salonic) şi *Lardennois* [10]) au grefat în noul vagin un sac herniar iar *Swencitsky* [11]) (din Posen) a transplantat lambouri mucoase luate din intestinul unui iepure de casă, toate cu rezultate momentane.

Ce rezultate dau diversele metode de autoplastii sau de grefe expuse până aci?

Când se practică autoplastia cu ajutorul lambourilor cutanate sau mucoase, nu totdeauna se poate acoperi partea profundă a cavităţei vaginale; atunci partea rămasă desco-

---

[1]) Drouin V. Dumitrescu l. p. 431.
[2]) Picqué, Annales de gyn, 1890 t. 33.
[3]) Villar Bull. de la Soc. de Chir. 1825 p. 639.
[4]) Bode Zentrbl. f. Gyn. 1896 No. 19.
[5]) Delagenière, congrès français de chir. 1891 p. 346.
[6]) Vautrin, Nancy. Zentralbl. f. Gyn. 1906, No. 31.
[7]) P. Guéniot, Thérapeutique Gynécologique 1922 pg. 110.
[8]) Papanicol Bildung einer Künstl. Scheide aus dem Dünndarm Zentrbl. f. Gyn 1912 No. 31.
[9]) Sitsinsky, Monatsschrift f. Geb n. Gyn. 1890 vol XII.
[10]) Guéniot. l. c. p. 111.
[11]) Swencitsky, Archives de tocologie et de Gyn. 1892 p. 481.

perită se cicatrizează prin muguri, rezultând o *retracție cicatricială* și o tendință a cavității de a se umple, în contra căreia suntem obligați a lupta, cu mai mult sau mai puțin succes — cu tamponări și dilatațiuni. Dar tendința la stenozare există chiar în cazul când toată cavitatea e tapisată. *(Guéniot)*. Cazuri cu rezultate bune sunt foarte rare; In cazul lui Pozzi s'a realizat un oarecare succes în urma dilatațiunilor zilnice. Intr'un caz al lui Bumm, autorul a fost nevoit să intervină a II-a oară pentru a exciza lambourile pe cari le aplicase și să facă un al doilea vagin dintr'o ansă de intestin subțire, din cauză că pe primele lambouri apăruse un păr foarte supărător. De aceea Bumm recomandă numai lambouri rezultate din rezecarea tegumentelor labiilor mici, dar nici această metodă nu a dat rezultate bune (Döderlein-Krönig) [1].

* * *

In anul 1892, profesorul *Sneguireff* [2] din Moscova publică o nouă metodă pentru crearea unui vagin, operație denumită de el «*Restitutio vaginae per transplantationem ani et recti*» care, după care arată denumirea însăși dădu ideea utilizării rectului în locul vaginului absent și formarea unui anus contra naturei prin excizarea coccigelui și deschiderea extremității rectale în regiunea sacrală

Operațiunea executată de Sneguireff în 1891 asupra unei femei în vârstă de 17 ani, o făcu în 2 timpi: 1) rezecarea coccigelui și a unui fragment inferior din sacru; mobilizarea rectului, secționarea lui la o înălțime de câți-va centimetrii deasupra orificiului anal; închiderea prin suturi solide a capătului inferior al secțiunei iar cel superior suturat la orificiul sacral nou creat. După 14 zile a II-a intervenție: incizie antero-posterioară a perineului, plecând din anus până sub uretră și suturarea pe marginile acestui nou orificiu larg, a extremității inferioare a rectului, astfel ca noul orificiu vulvar să nu fie exact în locul anusului și să se întindă antero-posterior în lăuntrul labiilor mici.

Operațiunea nu avù răsunet din cauza gravelor turburări

---

[1] Doderlein-Krönig Operative Gynäkologie Ed. IV Leipzig 1921 pg. 219.
[2] Sneguireff, Archives de tocologie Moscova 1892 p. 568.

rectale (incontinență de materii fecale și gaze, incurabilă); apoi rămânerea mobilă și nefixată a fundului noului vagin într'o masă de țesut conjunctiv traumatizat duceà inevitabil la retracțiuni și chiar la prolabări, după cum descriu mai mulți autori între cari și Picqué. De altă parte s'a protestat, și cu drept cuvânt, în contra efectului topografic al acestui nou vagin, care lezează estetica și chiar moralitatea.

Cu toate aceste defecte grozave și cu toată unanima revoltă a lumei medicale în contra acestei operațiuni barbare» și «imorale» deși cu dreptate i s'a imputat că ridică un rău pentru a-l înlocuì cu altul mult mai mare, nu se poate însă tăgăduì că Sneguireff a avut cel dintâi ideea de a transplantà în locul vaginului absent o întreagă porțiune de intestin, operație care a evoluat apoi până la operațiunile sigure și pline de succes de astăzi.

Gersuny [1]) (1897) se servì, pentru tapisarea noului conduct vaginal, de un lambou luat din peretele anterior al rectului. Peretele rectal erà apoi suturat la loc fără a reunì însă sfincterul secționat pentru a evità coprostaza. Această metodă ridică și ea multiple obiecțiuni: secționarea sfincterului anal, fistule rectale și de oarece nu se acopere decât peretele anterior al vaginului cu mucoasă, e nevoe de îndelungate dilatațiuni până să se producă o complectă epidermizare a noului conduct. *Amann* [2]), *Wenzel* [3]), întrebuințară același procedeu, cu o oarecare variantă. Nici această metodă nu trăì mult din cauză că e foarte complicată și din cauza stenozărei rectului scurt timp după operație. *Albrecht* [4]), *Boldt* și *Ruge* întrebuințară în locul rectului, S-ul iliac. In 1921 chirurgul *Moscovici* dela Viena publică 2 cazuri operate de dânsul după procedeul lui Gersuny combinat cu grefarea unui lambou cutanat care să acopere peretele posterior al noului vagin [5]). In 1911, *Schubert* [6]) din Beuthen reluă ideea lui Sneguireff și transplantă în regiunea vulvară întreg segmentul inferior

[1]) Gersuny: Eine Plastik bei Defect der Vagina Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1897 Vol. II.

[2]) Amann (München) Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1911 Vol. XXXIII No. 5.

[3]) Wenzel Zbl. f. Gyn. 1912, No. 52.

[4]) Albrecht, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Vol. CXXII No. 3 și 4.

[5]) Moszkowicz (Wien) Zentralblatt f. Gynäkologie 1921, No. 2.

[6]) Schubert (Beuthen) Zentralblatt f. Gyn. 1911, No. 28.

al rectului, capătul superior al canalului rectal secţionat fiind scoborît şi fixat la piele, iar în 1904 chirurgul american *Baldwin* [1]) imaginà şi abia în 1907 puse în aplicare *o transplantare vaginală a unei anse din intestinul subţire;* chirurgul japonez *Mori* [2]) aduse acestei operaţiuni o mică modificare din care cauză această metodă e cunoscută subt denumirea de metoda Baldwin-Mori; în fine chirurgul elveţian *Häberlin* [3]) (Zürich) propuse aceiaşi operaţiune în 1907 fără a avea cunoştinţă de lucrarea colegului său american din care cauză în multe tratate această operaţiune e găsită şi sub denumirea de Baldwin-Mori-Häberlin.

Aceste două metode, a lui *Schubert* şi cea a lui *Baldwin-Mori,* sunt cele două întrebuinţate astăzi din care cauză le vom descrie separat.

---

[1]) Baldwin J. F. Journ. americ. med. assoc. 1910, No. 17.
[2]) Mori, Zentralblatt f. Gyn. 1910, No. 1.
[3]) Häberlin, Zentralbl. f. Gyn. 1907, No. 9.

IV.

VAGINOPLASTIA ÎN ROMÂNIA

Chirurgia română a dat o contribuție destul de frumoasă în domeniul vaginoplastiei având în vedere raritatea acestor cazuri.

Primele cazuri publicate le găsim în «Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale» No. 5 din 1912 în care profesorul *Juvara* publică 2 cazuri de creare de vagin în caz de absența congenitală. Primul, prin dedublarea spațiului intervesico-rectal urmată de autoplastie prin manșon dermo-epidermic și al doilea (operație făcută în 1911) prin transplantare de intestin subțire după technica lui Baldwin-Mori; apoi găsim publicat în revista germană «Zentralblatt für Gynäkologie» No. 31 din 1912 lucrarea *Dr. Papanicol* (Galați) în care autorul descrie și un caz personal operat în 1912 după același procedeu al lui Baldwin-Mori, caz pe care 5 ani înainte încercase a-l operà printr'o transplantațiune de lambouri mucoase provenite dela un prolaps.

In 1913 *Dr. N. Protopopescu* [1]) publică în «Revista Științelor Medicale» un caz operat prin transplantare de intestin subțire. In 1914 și 1915 *Dr. Gr. Georgescu*, operează de asemenea prin acest procedeu, în serviciul *Prof. Angelescu* 2 cazuri de absență congenitală a vaginului, publicate ambele înt'o broșură apărută în 1916 [2]).

Prof. Hortolomei, dela facultatea de medicină din Iași publică în revista «Spitalul» No. 12 din 1920 două cazuri operate de d-sa. prin acelaș procedeu, în 1921, Dr. *A. Nemeș* (Oradea-Mare) publică în Zentralblatt für Gynäkologie un

[1]) N. Protopopescu, Zentralblatt f. Gyn. 1913 No. 44.
[2]) Gr. Georgescu. L. c.

caz operat cu succes după metoda Schubert; în 1922 în revista «Clujul Medical» No. 7—8 găsim 3 cazuri operate de *Dr. C. Grigoriu* dintre cari 2 prin metoda Baldwin-Mori şi 1 prin metoda Schubert iar în Decembrie 1922, în clinica gynecologică a facultăţei de medicină din Bucureşti *Prof. C. Daniel* în colaborare cu *Dr. Al. Crainiceanu,* operează de asemenea cu deplin succes un caz de absenţă congenitală a vaginului prin transplantaţiune de intestine subţire [1]).

---

[1]) *C. Daniel.* Transplantaţia de intestin subţire pentru crecarea artificială a vaginului. (Gynecologie şi Obstetrică, Bucureşti 1923 No. 5—6).

V.

TRANSPLANTAŢIUNEA DE INTESTIN
PENTRU
CREAREA VAGINULUI ARTIFICIAL

1.

Transplantaţiunea de intestin subţire sau metoda **Baldwin-Mori**, utilizează o ansă a ileonului pentru formarea unui nou vagin. Operaţia cuprinde 3 timpi:

I timp (perineal).[1]) Bolnava în poziţie gynecologică, între anus şi uretră se face o incizie transversală de vre-o 4 cm. lungime. Se decolează spaţiul intervezico-rectal cu uşurinţă până la fundul de sac al lui Douglas. Se întroduce în acest spaţiu o pensă şi tampoane.

II timp (abdominal). Laparotomie subombilicală în plan decliv. Se caută, începând dela unghiul ileo-coecal, ansa al cărei mezenter poate fi scoborât cât mai jos, pentru a ajunge cu uşurinţă la vulvă; această ansă, situată de obicei cam la vre-o 20—40 cm. de unghiul ileo-coecal, se rezecă pe o lungime de 20 –25 iar capetele sale se închid cu pense Kocher. Se incizează de asemenea şi mezenterul de ambele părţi, ţinând seamă de direcţia anselor, cam vre-o 5—6 cm. spre rădăcina lui având grija de a cruţa vasele şi marginele noui se suturează. Se restabileşte continuitatea intestinului subţire printr'o entero-anastomoză latero-laterală sau termino-terminală pe deasupra mezenterului ansei excluse. Capetele acestei anse se închid apoi în două planuri.

Se incizează apoi peritoneul din Douglas şi un ajutor cu

[1]) Dr. Crăinicianu, l. c.

pensa vaginală apucă ansa intestinală de mijlocul marginei libere și o scoboară la vulvă. Peretele abdominal se închide într'un singur plan.

III timp (perineal). Bolnava e așezată din nou în poziție gynecologică. Ansa e fixată cu 4 puncte cardinale la nivelul orificiului nou creat al vulvei; apoi e incizată transversal pe o întindere de 3 cm. și orificiul obținut e suturat circular, circumferința țesutului vulvar constituind astfel orificiul noului vagin.

Această operațiune crează un vagin bifid, cu un pinten pe care Baldwin și alți chirurgi îl fac să dispară, incizându-l într'o intervenție complimentară ulterioară. *Abadie*, *Stoeckel*, Prof. *C. Daniel*, constatând că cu timpul una din ramurile acestui vagin bifid ia preponderența pe când cealaltă tinde să se șteargă și să diminueze, se abțin dela această operație complimentară. *Mori*, pentru a evita existența acestui pinten și a operației complimentare, rezecă o ansă mai scurtă (de vre-o 8—10 cm.) pe care scoborând-o, suturează direct una din extremitățile sale pe marginea orificiului vulvar. Această technică expune uneori la tracțiuni puternice din partea mezenterului ceeace ar putea compromite nutrirea capătului inferior al ansei transplantate. *Quénu* și *Ans. Schwartz* propun atunci să se sutureze la orificiul vulvar marginea liberă a ansei scoborâte care e imediat deasupra extremității inferioare, ceeace evită pintenul și bifiditatea noului vagin.

2.

Transplantațiunea de intestin gros sau metoda lui Schubert constă în a creea un vagin prin transplantarea segmentului inferior al rectului.

Timpul I. Bolnava fiind în poziție gynecologică, se incizează mai întâi hymenul pentru a marca locul noului orificiu vulvar. Se face apoi o secțiune circulară în jurul anusului și se rezează rectul pe o întindere de 3 cm. cruțând sfincterul.

Timpul II. In decubit lateral, printr'o incizie mediană lungă de vre-o 10 cm. se rezează coccigele. Sub coccigele ridicat se aplică ligaturi pe ambele artere sacrate și se mobilizează rectul. La o distanță de vre-o 12 cm. de anus se secționează rectul între 2 pense. Extremitatea distală a rectului e ridicată în susul plăgei; extremitatea superioară a segmen-

tului inferior e suturată solid și va constitui fundul noului vagin. Acest nou vagin e fixat prin suturi de micul ligament sacro-sciatic. Prin orificiul vulvar făcut la începutul operației se pătrunde cu o pensă și se creează un canal prin care se trage în jos segmentul inferior liber al rectului, a cărui extremitate inferioară se sutureză margine pe margine la orificiul vulvar.

Timpul III. Prin orificiul anal se trage în jos extremitatea inferioară a rectului rămas, care se sutureză la piele făcându-se noul anus.

Timpul IV și final. Se sutureză plaga coccigiană, lăsându-se o meșă de dren, iar în nou formatul vagin se introduc tampoane.

Strassmann [1]) a modificat puțin operația lui Schubert, simplificând-o. Acest autor face întâi incizia perineală, disecând septul recto-uretral, apoi cu degetele decolează liberând de aderențe până în dreptul vezicei peretele interior al rectului· lăsând intacte aderențele acestuia cu vezica.

II. Prin același orificiu, Strassmann secționează rectul la vre-o 3 cm. deasupra anusului și trage imediat segmentul superior la orificiul vulvar unde îl sutureză. Deosebirea deci de procedeul lui Schubert e că Strassmann nu secționează rectul dela anus ci la 3 cm. deasupra orificiului anal lăsând în loc o manșetă intactă în care introduce apoi extremitatea superioară a rectului ramas liber, deci nu lezează sfincterul; dar din aceasta cauză e nevoit sa deschidă peritoneul la nivelul fundului de sac al lui Douglas din cauza aderării lui, ceeace în procedeul lui Schubert nu e necesar. Deci ambele metode au avantaje și dezavantaje, rămânând în sarcina viitorului să decidă în favoarea uneia din ele.

III. In decubit lateral se face rezecția coccigelui, apoi se mobilizează rectul până aproape de promontoriu fără a rupe aderențele laterale pentru a nu cauza turburări în nutrirea segmentului rectal, se deschide peritoneul pentru a putea scoborî cu ușurință rectul, se procedează ca la Schubert, numai că extremitatea inferioară a rectului rămas se sutureză la orificiul anal, înconjurată fiind de manșeta mucoasă lasată la începutul operației. Se închide plaga coccigiană, lăsându-se un dren, se drenează și se tamponează noul vagin.

---

1) Strassmann, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Vol. 76.

VI.

OBSERVAŢIUNI ŞI STATISTICĂ

Observaţiune (Clinica Ginecologică Prof. C. Daniel, Bucureşti, Obs. No. 264, 1922). *Lipsa congenitală a vaginului. Crearea lui cu o ansă intestinală, metoda Baldwin. Vindecare.*

Bolnava G. G. în vârstă de 22 ani intră în serviciul clinicei ginecologice la 21 Decembrie 1922 pentru absenţa congenitală a vaginului.

Antecendente heredo-colaterale: nimic important.

Antecendente personale: nici odată menstruată, s'a măritat la 21 ani; raporturile sexuale încercate în uretră, foarte dureroase; soţul o ameninţă cu divorţul.

Starea generală. Mamelele de tip infantil. Organele genitale externe atrofiate, nu există labii mici; clitorele desvoltat, nu există hymen, nici vagin. La tactul rectal nu se percepe uter sau anexe.

Operaţiunea. La 29 Dec. Prof. C. Daniel în colaborare cu Dr. Al. Crăiniciauu, după o anestezie medulară, procede la transplantarea de intestin subţire după procedeul Baldwin-Mori în 3 timpi:

I. *Timpul perineal.* Intre anus şi uretră face o incizie transversală uşor concavă în jos de vre-o 4 cm.; se decolează spaţiul recto-vezical cu uşurinţă până la fundul de sac Douglas; se introduce în acest spaţiu o pensă şi tampoane.

II. *Timpul abdominal.* Laparotomie subombilicală în plan decliv; se constata că basinul este gol analog cu al bărbatului. Lipsă totală de uter, ligamente largi, rotunde, utero-sacrate. La dreapta şi la stânga mai sus de strâmptoarea superioară a basinului spre fosele iliace se observă vestigiile ovarelor sub forma a 2 corpuri alungite, boselate, albe-cenuşii. La 20 cm., de unghiul ileo-coecal se rezecă o ansă intestinală de 20 cm., lungime ale cărei capete se închid cu pensa Kocher. Se restabileşte continuitatea intestinului subţire printr'o anastomoză termino-terminală, pe deasupra mezenterului ansei excluse; capetele acestei anse se închid apoi în doua planuri. Se incizează apoi peritoneul din Douglas şi un ajutor cu pensa vaginală apucă ansa intestinală de mijlocul marginei libere şi o scoboară cu uşurinţă în vulvă. Peretele adominal se închide într'un singur plan cu setolină.

III. *Timpul perineal.* Bolnava e așezată din nou în poziția taliei; ansa e fixată cu 4 puncte cardinale la nivelul orificiului nou creat al vulvei; apoi e incizată transversal pe o întindere de 3 cm. și orificiul obținut e suturat circular, circumferința țesutului vulvar constituind astfel orificiul inferior al vaginului.

Urmările post-operatorii. Excelente, fără complicațiuni. Bolnava e supusă la dieta absolută 2 zile, apoi e alimentată cu lapte, orez, iar a 8-a zi cu ouă. Evacuarea intestinală se face normal. A 15-a zi e alimentată aproape normal. In noul vagin s'a introdus un dren gros care a fost menținut 18 zile, zilnic s'au făcut bolnavei spălături externe.

A 15-a zi se scoală din pat.

Starea vulvo-vaginală. Examinată a 15-a zi se constată că orificiul inferior al vaginului e constituit de o linie circulară roșie, bine reunită la epiteliul vulvar.

Noul vagin are o adâncime de 12 cm., e deviat la stânga iar la dreapta se constată prezența unei coarde. Calibrul permite intrarea cu ușurință a 2 degete, secreținea mucoasă, groasă descrește progresiv.

Starea la eșirea din spital. Bolnava părăsește serviciul în bună stare și este prezentată Societății de chirurgie la 25 Ianuarie a. c. [1]).

Căutând în literatura medicală, găsim că în cursul ultimilor 2 ani, 1921—1922, se mai publică un număr de 24 operațiuni de vaginoplastie, afară de două cazuri ale lui Moszkowicz (Viena) operate prin metoda lui Gersuny-modificată (v. pg. 20); deci cu operația Prof. Daniel se efectuară în cursul acestor doi ani (cel puțin din publicațiile găsite), un număr de 25 operațiuni de vaginoplastie prin transplantare de intestin, dintre cari 10 prin metoda Baldwin-Mori: *Neugebauer* [2]), 2 cazuri, *Rosenthal (Darmstadt)* [3]), *Grigoriu (Cluj)* [4]), 2 cazuri, *Brenner* [5]), *Benthin* [6]), *Kupferberg* [7]), *Wallerstein* [8]), și *Daniel* iar prin metoda Schubert 15: *Brossmann* [9]), *Füth (Colonia)* [10]), *Grigoriu, Hartog* [11]), *Hart-*

[1]) După *Crăinicianu* l. c.
[2]) Neugebauer, Zentralbl f. Gy. 1912, No. 10.
[3]) Rosenthal (Darmstadt) Znbl., f. Gyn. n. 1923, No. 27.
[4]) Grigoriu, Clujul medical 1922, No. 7—8.
[5]) Brenner (Heidelberg) Monatsschr f. Geg. n. Gyn. Vol. LIV. No. 2.
[6]) Benthin, Zbl. f. Gyn. 1921, No. 37.
[7]) Kupferberg Zbl. f. Gyn. 1921, No. 37.
[8]) Wallerstein Mâinz Zbl. f. Gyn. 1921, No. 41.
[9]) Brossmann, f. Gyn. 1921, No. 22.
[10]) Füth, Colonia, Monatsschr. f. Geb. n. Gyn. 1922, vul. LV. No. 4—5.
[11]) Hartog, Zbl. f. Gn. 1911, No. 4.

tung [1]), *Keyserlingk (Reval)* [2]), *Martens* [3]), *Nemeș (Oradia-Mare* [4]), *Reiferscheid* [5]), *Rosenstein (Breslau)* [6]). 2 cazuri, *Scheffzek* [7]), 2 cazuri, *Schubert* [8]) și *Stoeckel* [9]).

In primul trimestru al anului 1923. găsim publicate încă 4 cazuri, toate operate după metoda Baldwin-Mori. Trei cazuri găsim relatate în Journal de Chirurgie No. 1 Ianuarie 1923 după Bull. et mémoires dela Soc. de Chir. de Paris, 1922 T. XLVIII No. 1 și anume un caz al lui *Cleret (Chambéry)*: fată în vârstă de 20 ani, niciodată menstruată, vulva normală, absența vaginului și a uterului. Operată după procedeul lui Mori cu rezultat foarte bun. Revăzută după 1 an declară că e foarte satisfăcută de starea ei. La examen e aproape imposibil a observa că e operată. Al II-lea caz îl comunică *Schwartz*, care însă sfârși nesatisfăcător; bolnava fiind foarte grasă, chirurgul nu putu de loc găsi vasele, pe cari căuta să le cruțe, în momentul incizării mezenterului, ceace provocă în 48 ore un sfacel total al ansei intestinale scoborâte și a mezenterului corespunzător, cu fenomene neliniștitoare; totuși bolnava se vindecă, bine înțeles cu un eșec complect al vaginoplastiei. Autorul atrage atențiunea chirurgilor asupra acestei dificultăți la femeile grase. *Baumgartner*, în același loc, relatează și el un caz care avu să lupte cu scoborârea dificilă a ansei din cauza unei mezenterite retractile, datorită numeroșilor ganglioni mezenterici (probabil tuberculoși) din care cauză a fost nevoit să fixeze ansa la mijlocul ei (Baldwin simplu). După cicatrizare, începând dilatațiile, fu nevoit să le întrerupă din cauza unor colici extrem de dureroase pe cari acestea le provocau și cari erau datorite — după cum demonstră o a doua laparotomie — contactului uneia din extremitățile ansei excluse, cu anexele din dreapta și cu apendicele, roșii și turgescente, cari fură lăsate

---

[1]) Harttung, Zbl. f. Gyn. 1922, No. 40.
[2]) Keyserlingk, Reval, Zbl. f. Gyn. 1922, No. 10.
[3]) Martens, Berlin, Deutsche Med. Wochenschr. 1921, No. 41.
[4]) Nemeș, Oradea-Mare. Zbl. f. Gyn. 1921, No. 22.
[5]) Michael Göttingen, Zbl. f. Gyn. 1921, 46.
[6]) Rosenstein Breslau, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1932, vol. LVIII No. 3—4.
[7]) Scheffzek Zbl. f. 1922, No. 44.
[8]) Steuding, Zbl. f. Gyn. 1922. No. 2.
[9]) Stoekel Zbl. f. Gyn. 1921, No. 29.

pe loc la prima intervenţiune. Ablaţia acestor organe şi rezecţia aproape în totalitate a mezenterului ansei scoborâte făcură să înceteze imediat colicele, şedinţele de dilataţiuni putură fi reluate şi actualmente bolnava are raporturi normale şi poate fi considerată ca complect vindecată.

Al IV-lea caz îl găsim în Zentralbl. für Gynäkologie 1923, No. 9 al lui *Garfunkel (Rostow)*, a cărui bolnavă, operată tot după metoda Baldwin-Mori, sucombă de o peritonită la 6 zile după operaţie.

TABLOU No. 1

OPERAȚIUNI FĂCUTE DUPĂ METODA BALDWIN-MORI

No. curent	CHIRURGUL	Numărul operațiilor	Vârsta bolnavei	REZULTATUL	OBSERVAȚIUNI
1	Abadie	1	—	bun	Reproducerea tabloului lui Schubert din Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 7.
2	Baldwin	4	—	»	
3	Bonney	1	19	»	
4	Broccha	1	—	»	
5	Bumm	2	—	un caz + peritonită	
6	Fellenberg	1	—	bun	
7	Georgescu	2	23, 27	»	
8	Guggisberg	1	28	+ Gangrena ansei transpl.	
9	Halban	1	—	bun	
10	Henkel	2	21	»	
11	Hörmann	1	—	»	
12	Juvara	1	28	»	
13	Liebl	2	22' 26	»	
14	Mori	1	—	»	
15	Müller A.	1	21	»	
16	Papanicol	1	26	»	
17	Protopopescu	1	21	»	
18	Pitha	2	21, 21	»	
	»	1	15	+ peritonită	
	»	1	—	+ Gangrena transplant.	
19	Schcffzek	1	—	rău	
20	Senechal	1	18	bun	
21	Stoeckel	1	23	»	
22	Ward	1	13	»	
23	Baumgartner	1	—	»	Journ. de Chirurgie 1923, I. XXI, No. 1
24	Benthin	1	—	»	Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 37
25	Brenner	1	—	»	Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. vol. IV, No. 2
26	Brossmann	1	—	»	Zentralbl. f. Gyn. 1920, No. 10
27	Cleret (Chambéry)	1	20	»	Journ. de Chirurgie, 1923, I. XXI, No. 1
28	Daniel	1	22	»	Operat în clinica Gyn. București
29	Fohr	4	—	+ toate 4 mortale	Steuding, Zbl. f. Gyn. 1922, No. 2
30	Frank	1	—	bun	» » » » » »
31	Garfunkel (Rostow)	1	—	+ peritonită	Zbl. f. Gyn. 1923, No. 9.
32	Grigoriu Cr.	1	25	bun	Clujul Medical 1922, No. 7—9
	»	1	22	+ peritonită	» » » » »
33	Guibé (de Caen)	1	—	bun	citat după Guéniot
34	Häberlin	1	—	»	Zbl. f. Gyn. 1907, No. 9
35	Hofbauer	1	—	»	citat după Forgue et Massabuau
36	Hortolomei	2	30, 25	»	«Spitalul» 1920, No. 12.
37	Kupferberg	1	—	+ peritonită	Zbl. f. Gyn. 1921, No. 37
38	Lardennois	1	—	bun	citat după Guéniot
39	Latzko	1	—	»	Zentralbl. f. Gyn. 1920, No. 13
40	Neugebauer	5	—	»	» » » 1920, No. 48
	»	2	24, 24	»	» » » 1922, No. 10
41	Rénon	1	—	»	citat după Forgue et Massabuau
42	Rosenthal	1	21	»	Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 27
43	Rübsamen	1	—	+ peritonită	Steuding, Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 2
	»	1	—	+ ocluzie intestinală	» » » » » »
44	Scipiades	1	—	bun	» » » » » »
45	Schwartz	1	—	sfacelul total al ansei și al mesenenterului	Journ. de Chirurgie, 1923, I. XXI, No. 1
46	Wallerstein	1	—	bun	Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 41
	»	1	—	ocluzie intest. după 5½ ani operată, vind.	» » » 1921, No. 41
47	Weibel	5	—	bun	» » » 1920, No. 13
		74		13 cazuri mortale 3 cazuri cu complicații	

TABLOU No. 2

OPERAȚIUNI FĂCUTE DUPĂ METODA SCHUBERT

No. curent	CHIRURGUL	Numărul operațiilor	Vârsta bolnavei	REZULTATUL	OBSERVAȚIUNI
1	Becker	1	—	bun	Reproducerea tabloului lui Schubert din Zentralbl. f. Gyn. 1921 No. 7
2	Bumm	4	20,25,20 17	»	
3	Engelmann	2	—	1 bun (Fistulă)	
	»	—	—	2 bun	
4	Fehling	1	23	bun	
5	Flöel	1	37	»	
	»	2	30, 22	»	
6	V. Franqué	2	30, 31	Fistule [1]	
7	Kroemer	1	21	bun	
8	Küstner	2	23, 31	»	
9	Meyer-Dorpat	1	21	»	
10	Rosenstein	1	25	»	
	»	1	24	»	
11	Scheffzek	2	22, 23		
12	Schubert	7	24,18,38 25,18,20 19	»	
13	Stoeckel	2	18, 29	»	
14	Strassmann	2	30, 20	»	
	»	1	19	nemulțumitor	
15	Brossmann	1	—	pareză sfincteriană multă vreme	Zentralb f. Gyn. 1921, No. 22
	»	1	28	strictură rectală	» » » » »
16	Frank	1	—	bun	Steuding, Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 2
17	Füth	1	29	turburări sfincteriene	Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1922, Bd. LV./1-3
18	Grigoriu Cr.	1	20	bun	Clujul medical 1922, No. 7—8
19	Halban	1	—	fistulă recto-vaginală	Zentralbl. f. Gyn. 1920, No. 13
20	Hartog	1	—	bun	Zentralbl. f. Gyn. 1921. No. 4
21	Harttung	1	—	Intervenție secundară pt. prolabarea mucoasei rect.	Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 40
22	Kahl (Stralsund)	1	—	bun	Steuding, Zbl. f. Gyn. 1922, No. 2
23	Keyserlingk	1	18	»	Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 10
24	Martens	1	—	»	Deutsche Med. Wochenschr. 1921, No. 41
25	Nemeș	1	24	»	Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 22
26	Reiferscheid	1	—	»	H. Michael, Zbl. f. Gyn. 1921, No. 46
27	Schauta	2	—	»	Styassny, Zbl. f. Gyn. 1920, No. 13
28	Scheffzek	1	24	»	Scheffzek, Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 44
	»	1	33	grave turb. sfincteriene	» » » »
29	Scipiades	1	—	bun	Steuding, Zbl. f. Gyn. 1922, No. 2
30	Schubert	1	17	»	» » » » » »
31	Stoeckel	1	—	Incontinența compl. a mat. fec., stenozare a vag.	Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 29
		53		nici un caz mortal. 10 cazuri cu rezultat nesatisfăcător.	

[1]) Guéniot, Thérapeutique gynécologique, 1922, pag. 114.

TABLOU No. 3

OPERAȚIUNI DE VAGINOPLASTIE EXECUTATE IN ROMANIA

Anul	CHIRURGUL	PROCEDEUL	Num. operațiilor	Vârsta bolnavei	REZULTATUL	OBSERVAȚIUNI
1911	Juvara	Autoplastie dermo-epid.	1	16	bun	Revue de Gyn. et de Chir. Abd. 1912, No. 5
	»	Metoda Baldwin	1	28	»	
1912	Papanicol (Galați)	» »	1	26	»	Zentralbl. f. Gyn. 1912, No. 31
1913	Protopopescu .	» »	1	21	»	» » » 1913, No. 44
1914	Georgescu Gr. .	» »	1	23	»	Ambele cazuri publicate în: Deux cas d'absence cong. du vagin 1916
1915	» » .	» »	1	27	»	
1920	Hortolomei (Iași)	» Baldwin-Mori	2	30, 25	»	Spitalul 1920, No. 12
1921	Nemeș (Orad.-M.)	» Schubert	1	24	»	Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 22
1922	Grigoriu C. (Cluj)	» Baldwin-Mori	1	25	»	
1922	» » »	» » »	1	22	+ Peritonită	Clujul Medical 1922, No. 7-8
1922	» » »	» Schubert	1	20	bun	
1922	C. Daniel . . .	» Baldwin-Mori	1	22	»	Clinica Ginecologică București, Observațiunea No. 264/922
			13		1 caz mortal	

VII.

REZULTATE OPERATORII

DISCUȚIUNEA LOR

Studiind tablourile alăturate, vedem în tabloul No. 1, că la un număr total de 74 operațiuni după metoda Baldwin-Mori, s'au înregistrat 13 cazuri mortale, iar 3 cazuri cu rezultat nesatisfăcător.

Cazurile mortale se repartizează după cauze, în:

a) 6 cazuri mortale în urma unei *peritonite*	1. Bumm 2. Pitha 3. Grigoriu 4. Kupferberg 5. Garfunkel 6. Rübsamen
b) 2 cazuri mortale în urma *gangrenei ansei transplantate*	1. Guggisberg 2. Pitha
c) 4 cazuri mortale fără precizarea cauzei	Toate relatate de Fohr (Dr. Steuding)
d) 1 caz mortal în urma unui *ileus*	Rübsamen

a) In cazul Prof. Grigoriu, bolnava sucombă a 6-a zi după operație cu fenomene de peritonită; la autopsie se găsește într'adevăr o peritonită difuză, *plecată dela un punct sfacelat al suturei intestinale;* acelaș lucru și la cazul lui Garfunkel, care de asemenea sucombă a 6-a zi după operație cu fenomene de peritonită. Kupferberg relatează că în cazul său bolnava a sucombat de o peritonită pornită dela o gangrenă cu punct de plecare la sutura intestinului subțire. Probabil că și în celelalte cazuri tot cam acestea trebue să fie cauzele isbucnirei peritonitei.

b) In celelalte 2 cazuri mortale în urma gangrenei ansei transplantate, găsim în ambele o necrozare a ansei scoborîte din cauza *strangulărei mezenterului corespunzător de către orificiul prea mic făcut în peritoneul din Douglas* (Döderlein).

c) Cele 4 cazuri mortale ale lui Fohr — 4 încercate şi câteşi 4 mortale! — relatate de acesta în scris D-rei Steuding, asistenta lui Schubert, nu au precizate cauzele morţei lor.

d) Bolnava lui Rübsamen moare în urma unei *ocluzii intestinale.*

Cazurile cu rezultat nemulţumitor sunt trei: 1. Cazul lui *Scheffzek*, la care nu găsim în tabloul lui Schubert care e defectul; 2. în cazul *Wallerstein* se iveşte după 5½ un *ileus* care e operat cu succes şi bolnava trăieşte mai departe mulţumită, iar al 3. în cazul lui *Schwartz* avem de aface cu o sfacelare totală a ansei transplantate şi al mezenterului corespunzător care însă fiind bine îngrijită, se vindecă, bolnava rămânând fără vagin.

* * *

In tabloul No. 2 se constată că din numărul total de 53 operaţiuni făcute după metoda Schubert, se înregistrează: nici un caz mortal, iar 10 cazuri cu rezultat nemulţumitor, cari se repartizează astfel:

3 cazuri cu fistule recto-vaginale perzistente { 1. Engelmann; 2. v. Franqué; 3. Halban

5 cazuri cu grave turburări sfincteriane şi rectale { 1. Scheffzek; 2. 3. Brossmann; 4. Füth; 5. Stoeckel

1 caz cu prolabarea mucoasei rectale { Harttung

1 caz neprecizat în tabloul lui Schubert { Strassmann

Aceste 10 cazuri au necesitat o a II-a intervenţiune complimentară, deoarece erau cazuri cu turburări *presistente* căci fistule, stricturi rectale şi alte tulburări cari s'au vindecat fără intervenţiune găsim că au avut mai toate celelalte cazuri..

Insuși Schubert în lucrarea sa din Zentralbl. f. Gyn. No. 7 din 1921, amintește de o strictură rectală puternică situată la 10 cm. deasupra sfincterului în cazul lui Flöel, iar în primele două cazuri ale lui Stoeckel de asemenea, o incontinență de materii fecale și de gaze, afară de ultimul caz citat în tablou, cu o incontinență complectă de materii fecale și o stenozare a noului vagin.

* * *

Aruncând o privire *superficială* asupra acestor rezultate, vedem că pe când metoda *Schubert*, nu prezintă nici un caz mortal la un număr de 53 operațiuni, metoda *Baldwin-Mori* prezintă 13 cazuri mortale la un număr de 74 operațiuni în total, adică cu o mortalitate de 17.5%, și atunci judecând numai după aceste rezultate, desigur că am putea exprima—ca atâția alții — că astăzi în stadiul în care se găsește chirurgia, dacă o operațiune aduce un asemenea procent de mortalitate, ea trebue abandonată, mai ales când în concurență mai sunt și alte procedee, ducând la acelaș scop și cari pun mai puțin viața în pericol. *Dr. Steuding*, asistenta lui Schubert, citează chiar părerea lui *Peters* care spune că: «statistica aceasta «este condamnarea definitivă a operațiunei cu intestinul subțire!»

Cu toate acestea, dacă luăm în cercetare obiectivă fiecare caz în parte, mortal sau nereușit, vedem că din cele 6 cazuri mortale prin peritonită, în cazurile lui Grigoriu, Garfunkel și Kupferberg, autorii declară că au constatat o peritonită pornită *dela un punct sfacelat al suturei intestinale. Deci pericolul sau defectul rezidă în punctul de sutură al intesinului subțire.*

In cele 2 cazuri mortale prin gangrena ansei transplantate, aci avem de afacere cu un *defect de technică*. *Guggisberg*, însuși recunoaște că în cazul său mortal se produsese gangrena ansei transplantate din cauza strangulărei mezenterului prin orificiul peritoneal făcut prea mic (*Döderlein et Krönig*) iar *Pitha* crede că ambele sale cazuri mortale sunt datorite hemato-metrelor coexistente și operate odată cu absența vaginului.

In cazul lui *Rübsamen* în care bolnava sucombă în urma unei *ocluzii intestinale*, cazul lui *Wallerstein* în care bolnava

acestuia operată de asemenea prin procedeul Baldwin-Mori, făcu o oclusie intestinală după 5 1/2 ani, fu operată la timp și vindecată, ne arată că pericolul acestei complicațiuni se poate înlătura.

Celelalte 4 cazuri ale lui *Fohr*, neavând la îndemână nimic precis despre ele, nu avem ce discuta.

Prin urmare, mortalitatea în operațiunile după metoda Baldwin-Mori, după cazurile văzute mai sus, recunosc drept cauze:

1) Greșeli de asepsie.

2) Greșeli de technică.

Suntem convinși că într'o bună parte din cazurile mortale, *nu metoda este cauza morții, ci greșeli de asepsie sau de technică.* Cel puțin în cele 2 cazuri de necroză a ansei transplantate consecutivă strangulării mezenterului prin orificiul prea mic făcut în peritoneu, cred că aceasta este evident. Că greșeli de technică se pot face cu ușurință ne-o mărturisesc înșiși chirurgii, astfel *Neugebauer* într'un caz al său relatează că în timpul operației intrase cu bisturiul *în vezică*, pe care o sutură imediat. Același accident i se întâmplă și lui *Liebl;* ceva mai mult, *Schwartz* relatează în Journal de chirurgie No. 1 din 1923 că într'un caz operat de el (v. pag. 29) în 48 ore după operație se sfacelă în totalitate ansa și mezenterul ei, cu fenomene neliniștitoare; *totuși bolnava nu a sucombat.* Nu dovedesc oare aceste cazuri că unele complicații pot fi evitate sau cel puțin la timp îngrijite și vindecate? Același lucru putem spune și despre cazul lui Rübsamen, în care bolnava sucombă în urma unei ocluzii intestinale.

Sunt acestea, motive suficiente, pentru a părăsi operațiunea prin transplantarea unei anse din intestinul subțire?

Noi vedem că din contra, numărul operațiunilor după metoda Baldwin-Mori crește considerabil și am putea spune — contrar afirmațiunilor lui Peters — că tocmai marele număr de operațiuni ce se execută astăzi după această metodă — cu toate cazurile mortale semnalate — nu poate constitui altceva decât o afirmare a viabilității acestei operațiuni.

In clinica lui *Wertheim* dela Viena, relatează *Weibel* [1])

[1]) Weibel, Zentralbl. f. Gyn. 1920, No, 13.

în 1920, că s'au făcut nu mai puţin de 5 operaţiuni consecutive după metoda Baldwin, toate foarte bine reuşite, fără nici o complicaţiune; *Latzko* [1]), alt asistent al aceleaşi clinici, relatează de asemenea un caz personal operat cu succes în acelaşi timp la aceeaşi clinică; *Juvara, Protopopescu, Mueller, Broccha* şi alţii se declară foarte mulţumiţi de rezultatele acestei operaţiuni. *Neugebauer* operează 7 cazuri, toate bine reuşite; *Gr. Georgescu* de asemenea operează 2 cazuri cu rezultate foarte bune, ceeace îl face pe acest autor să creadă că procedeul Baldwin constitue «soluţia definitivă a trata-«mentului absenţei congenitale a vaginului». De aceeaşi părere sunt foarte mulţi chirurgi.

Prof. de Bovis [2]), după ce examinează într'o lucrare a sa toate procedeele, numeşte procedeul Baldwin-Mori, o operaţie numai în aparenţă riscantă, dar în realitate mult mai simplă, şi zice, bazându-se pe operaţiunile publicate până la el, că această metodă în mâna unui operator chiar nu tocmai perfect în chirurgia abdominală, poate da numai rezultate bune.

Profesotul *Juvara* [3]) zice: «crearea unui vagin artificial «cu ajutorul unui segment separat din intestinul subţire, este «procedeul cel mai bun ce posedăm astăzi: Vaginul astfel «creat reprezintă un organ perfect pentru raporturile sexuale, «bolnava nepierzând nici unul din avantajele anatomiei nor-«male ale organelor sale genitale şi a sensibilităţii lor.

«Această interesantă operaţiune are în contra ei — cel «puţin în aparenţă — cea mai mare gravitate, căci comparată «cu celelalte procedee, crearea unui vagin cu ajutorul intes-«tinului subţire este desigur o operaţiune foarte delicată; dar «dacă ea este executată de chirurgi obicinuiţi cu operaţiile «intestinale, gravitatea este minimă».

Gr. Georgescu [4]) crede că gravitatea acestei operaţiuni ar fi mai mult ipotetică căci, afară de lunga durată a operaţiunei cu cei 3 timpi ai ei, reuşita acestei operaţiuni nu depinde decât de o bună asepsie şi de o bună technică a suturilor intestinale.

---

[1]) Latzko, Zentralbl. f. Gyn. 1920, No. 13.
[2]) Papanicol l. c.
[3]) Juvara l. c.
[4]) Gr. Georgescu l. c.

Guéniot [1]) crede că practicată în bune condiţiuni de un chirurg exersat, operaţia lui Baldwin nu poate fi considerată ca extrem de gravă. Cât despre rezultatele ei îndepărtate, din punct de vedere al perzistenţei unui vagin destul de spaţios, ele sunt satisfăcătoare. Astfel că la o femee tânără, sănătoasă, consimţind să înfrunte, pentru a remedia malformaţia sa, riscurile pe cari poate să le prezinte o asemenea intervenţiune, operaţia lui Baldwin este astăzi metoda de *elecţie* pentru crearea unui vagin artificial.

Profesorul *Hortolomei* declară că durata lungă a operaţiei şi riscurile la cari ar da naştere nu pot fi un inconvenient serios dacă intervenţia este bine condusă şi făcută de un chirurg care posedă bine technica chirurgiei intestinale (Spitalul No. 12/920 p. 380).

Adversarii acestei operaţiuni pun în prima linie a dezavantajelor şi o pericolului acestei intervenţii *deschiderea peritoneului;* deşi şi în unele cazuri ale lui *Schubert,* operatorul e silit să-l deschidă, dar ar rezulta atunci că toate intervenţiunile abdominale ce se fac cu deschiderea peritoneului să fie extrem de grave; cu toate acestea, o mare parte a chirurgilor, e de părere că *operaţiunea Baldwin-Mori nu este o operaţiune periculoasă, executată fiind de un chirurg exersat în chirurgia intestinală.*

Vaginul dublu resultat din aplicarea acestui procedeu se corectează dela sine cu timpul fie prin tracţiunea mai puternică a menzenterului asupra unei ramuri, fie prin neegalitatea ramurilor, care face ca una din ele să se stenozeze şi să se transforme cu timpul într'un cordon fibros; odată cu aceasta dispare şi *pintenul* rezultat din dublarea ansei transplantate.

Secreţia noului vagin descreşte şi după câtva timp de reduce la foarte puţin. Stoeckel susţine să această secreţie e la început de 5—6 cmc. pe zi dacă bolnava e la o dietă cu albuminoide şi scade la 2 cmc. şi chiar 1 cmc. la o dietă cu substanţe grase. Liebl o poate opri cu tannigen.

Tendinţa la stenozare pe care o prezintă aproape toate bolnavele operate după acest procedeu, se tratează cu succes

---

[1]) Guéniot l. c.

prin dilataţiuni postoperatorii zilnice cu dilatatoare Hégar timp de câteva săptămâni. La femeile căsătorite natural că acest tratament va fi mult scurtat ajutat fiind de raporturile sexuale.

Uneori se întâmplă *necroze* a marginei vulvare a ansei transplantate, cari însă nu au nici o urmare care să influenţeze bunul rezultat final.

Insuşi chirurgul Rosenstein, (Breslau) unul dintre cei mai fervenţi apărători ai metodei Schubert, într'o lucrare a sa [1]) în care după ce arată marile avantaje ale operaţiei Schubert faţă de metoda intestinului subţire, recunoaşte că în mâna unui operator exercitat poate avea rezultate bune şi operaţia Balwin-Mori. Citând cazurile operate de Neugebauer «cu bun rezultat durabil» declară că deşi se constată unele accidente cu necrozarea parţială a mucoasei intestinale, aceasta nu compromite însă bunul rezultat final.

* * *

După metoda lui Schubert s'au publicat până în prezent 53 cazuri, cu nici un caz mortal şi cu 10 cazuri cu rezultat nesatisfăcător: fistule recto-vaginale, turburări. sfincteriene, stricturi rectale, etc.

Studiile observaţiunile tuturor acestor cazuri, vedem că aproape toate cazurile operate după această metodă au ca complicaţiuni postoperatorii *fistule recto-vaginale*, cari în unele cazuri se vindecă dela sine cu timpul, iar în altele e nevoe de o a doua intervenţiune complimentară.

Aproape toate cazurile au nevoe — ca şi la metoda Baldwin-Mori — de şedinţe de dilataţiuni cari să lupte în contra *stenozărei* şi retracţiunei noului vagin.

O bună parte din cazuri suferă post operationem de *incontinenţa de materii fecale şi de gaze*, nenorocire care de multe ori se ameliorează cu timpul şi dispare, dar de multe e nevoe de asemenea de o a doua intervenţiune complimentară.

In unele cazuri s'au ivit *stricturi rectale* puternice deasupra sfincterului anal cari au dat mult de lucru bolnavei.

1) Rosenstein, Breslau, Zur Scheidenbildung beim angeborenem Vaginal defect. Monatsschr. f. Geb. n. Gyn. Vol. LVIII, 1922, No. 2—4.

Aceasta trebue să-şi facă zilnic şi dilataţiuni rectale. Intr'un caz relatat de *Scheffzek* [1]), strictura deveni din zi în zi mai puternică, aşa că bolnava care era mulţumită de noul ei vagin ajunsese acum la disperare din cauza tulburărilor ei rectale; bolnava observă că dela operaţie cali brul fecalelor ei se subţia din zi în zi în ultimul timp devenind cât o sfoară; la examenul rectal se constată deasupra sfincterului «o cicatrice «circulară lată anterior de 2 cm. şi posterior de 1 cm. care «obstruiază lumenul rectului, iar deasupra acestei stricturi se «găseşte o enormă masă de materii fecale. Bolnava e dilatată «sub anestezie generală cu dilatatoare Hégar progresive, masa «de fecale evacuată iar după 2 zile apare un abces perirectal, «acesta e incizat şi tratat, dar bolnava de astădată deşi con- «tinuă a-şi face mereu dilataţiunile scapă uneori materiile «fecale lichide pe cari nu le poate ţine».

Autorul se temea în urma enormei *coprostaze* să nu cedeze vre-un punct de sutură şi să nu aibă loc o invazie de fecale în ţesutul înconjurător de oarece această coprostază foarte uşor ar fi putut periclita ţesuturile şi suturile.

Mai pot avea loc şi alte complicaţii. *Necrozarea* porţiunei anale a rectului, *retracţia* sau *prolabarea* sa (cazul Harttung).

Schubert însuşi recunoaşte că în unele cazuri technica operaţiei nu e tocmai uşoară. El recomandă multă *prudenţă* la dilatarea sfincterului anal şi mai ales la excizia ansei rectale, care pot fi cauza incontinenţelor (Scheffzek).

Şi această operaţiune are foarte mulţi partizani cari îi găsesc numai avantaje (şi desavantaje pentru metoda cealaltă) şi o decretează operaţia de *electie* în tratamentul absenţei congenitale a vaginului. Aşa de pildă *Harttung*, zice:

«Operaţia intestinului subţire e technic mai uşoară, dar «periculoasă, mortalitatea e 20%; desavantaje: secreţie foarte «abondentă, tendinţă la stenozare, pinten etc.» Autorul zice că operaţia Schubert e nepericuloasă, e operaţia de electie a absenţei congenitale a vaginului.

Rosenstein-Breslau zice: «Marile avantaje ale operaţiei «Schubert faţă de metoda intestinului subţire, sunt apreciate

---

[1]) Scheffzek, Zentralbl. f. Gyn 1922 No. 44.

«de mulţi chirurgi. Ele sunt atât de «săritoare în ochi» în-«cât trebue să te miri că nu e recunoscută ca operaţie de «elecţie, etc. (l. c. p. 181)».

Alţii sunt contra operaţiei Baldwin-Mori pentru că din punctul de vedere al technicei e mai grea de executat, bolnava trebue să schimbe de 2 ori poziţia etc.

In ceiace priveşte care operaţiune e mai grea de executat vedem că autorii se acuză reciproc; *noi zicem că ambele sunt intervenţiuni serioase.*

Secreţia e abondentă la început în ambele metode şi dispare mat mult sau mai puţin repede, după caz. Schubert aminteşte (Zentralbl. f. Gyn. No. 7/921) de un caz operat de Stoeckel după metoda lui, în care secreţia perzistă de mai bine de 3 ani! Deci şi în această privinţă ambele metode sunt la fel.

Dacă în metoda Baldwin-Mori avem de a face cu o *tendinţă la stenozare, pinten,* etc. în metoda Schubert avem în schimb perspectiva destul de neplăcută a unei *incontinenţe de materii fecale* şi *de gaze,* sau ale unei *stricturi rectale.*

Desigur că tot viitorului îi este rezervat ultimul cuvânt în această chestiune. Noi însă, având în vedere cazurile cunoscute până în prezent cu rezultatele lor de până acum, tragem următoarele concluziuni:

CONCLUZIUNI

I. Absența congenitală a vaginului constitue o infirmitate care, la cererea bolnavei, se poate operă.

II. Medicul însă are obligațiunea: *a)* să atragă atențiunea bolnavei asupra gravității și riscurilor operațiunei, *b)* să-i pună în vedere că după reușita operațiunei, raporturile sexuale sunt posibile, concepțiunea însă este exclusă.

III. Dintre toate metodele întrebuințate pentru crearea artificială a vaginului, transplantațiunea de intestin (subțire sau gros) este preferabilă.

IV. Atât transplantațiunea de intestin subțire (operațiunea *Baldwin-Mori*) cât și transplantațiunea de intestin gros (operațiunea *Schubert)* sunt intervențiuni foarte serioase:

a) Operațiunea Baldwin-Mori este foarte delicată și trebue executată de chirurgi de carieră, posedând perfect technica operațiilor intestinale; trebue executată în condițiuni de *perfectă asepsie* conform regulilor moderne chirurgicale. In asemenea condițiuni rezultatele acestei operațiuni au fost excelente.

b) Operațiunea *Schubert* dacă nu a avut de înregistrat cazuri mortale, totuși a dat într'o proporțiune ridicată complicații serioase.

V. Din lucrarea noastră se constată că operațiunea *Baldwin-Mori* este preferabilă și indicată în absența congenitală a vaginului.

Văzută și bună de imprimat

Președintele Tezei,
ss. **Prof. Dr. C. Daniel**

Decanul Facultății de Medicină,
ss. **Prof. Dr. Thoma Ionescu**

BIBLIOGRAFIE

Abadie J. Nouveau cas de vagin artificiel par transplantation intestinale. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale 1911, T. XVI.

Albrecht, Paul. Ueber plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Vol. CXXII, No. 3 şi 4, şi Zentralblatt f. Gyn. 1914 No. 29.

Amann, I. A. Über den Ersatz der Vagina bei vollkommenem Defekt derselben, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Vol. XXXIII No. 5 şi Zentralblatt f. Gyn. 1911, No. 13.

Baldwin J. F. The fomation of an artificial vagina by intestinal transplantation. Journ. amer. med. assoc. 1010, No. 17 şi Zentralblatt f. Gyn. 1912, No. 5.

Baumgartner. Journal de Chirurgie, T. XXI, No. 1 Janvier 1923.

Benthin P. Zentralblatt fuer Gynaekologie 1921, No. 37.

Blondel M. R. Création d'un vagin artificiel. Bull. Gen. de thérapeutique, 1905, No. 14 şi Zentralblatt f. Gyn. 1905, No. 49.

Brenner M. Monatsschrift fuer Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. LIV, No. 2.

Broccha. De la création d'un vagin artificiel et d'un cas de transplantation vaginale de l'intestin grêle. Revue mens. de gyn., d'obst. et de pédiatrie. Ann. VIII No. 4.

Brossmann. Zur operativen Bildung der Scheide. Zentralblatt f. Gyn. 1920, No. 10.

Idem. Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 22.

Bumm. Ueber kuenstliche Scheidenbildung aus Duenndarm, comunicare făcută la Soc. p. Gyn. şi Obst. Berlin, în 9/XII 1911, Zentralblatt f. Gyn. 1912, No. 26.

Cleret (Chambery). Absence congénitale du vagin, opération de Baldwin-Mori (Bull. et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris, 1912 T. XLVIII No. 1, Journal de Chir. T. XXI 1923, No. 1.

Crăinicianu Al. Un nou caz de absenţa congenitală de vagin, tratată prin transplantaţiune de intestin subţire, cu un studiu asupra cazurilor publicate în România. Cartea Medicală, 1923.

Doederlein-Kroenig: Operative Gynaekologie, Leipzig, Ed. IV, 1921.

Dumitrescu Marie Dr. Traitement des absences congénitales du vagin, Annales de Gyn et d'obstétrique T. XLV şi XLVI, 1896.

Frank: Ueber Pseudo-Hermaphroditismus und zur Frage des Künste. Scheidenersatzes. Gynécologie et Obstétrique 1922 T. V, No. 3.

Fedorow. I. J. Eine neue Operationsart der kuenstl. Vagina, Zentralblatt f. Gyn. 1906, No. 20.

Forgue et Massabuau. Gynécologie, Paris, Ed. J. B. Baillère et fils, 1916.

Franqué O. von. Scheidenbildung aus dem Rektum nach Schubert, bei angeborenem Scheidenmangel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Vol. XXXVI şi Zentralblatt f. Gyn. 1912 No. 49.
Fueth. Beitrag zur Scheidenbildung nach Schubert. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Vol. LV, 1922, No. 4—5.
Garfunkel. Zentralblatt f. Gyn. 1923, No. 9.
Georgescu Gr. Deux cas d'absence congénitale du vagin. Vaginoplastie par l'intestin grêle. Buc. 1916.
Gersuny R. Eine Plastik bei Defekt der Vagina. Comunicare făcută la Soc. p. Gyn. şi Obst. Viena la 19/I/1897. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1897, Vol. V.
Grigoriu C. (Cluj). Malformaţiuni genitale şi tratamentul lor, Clujul medical, 1922. No. 7—8.
Guéniot, Thérapeutique Gynécologique, Paris J. B. Baillère et Fils, 1922, Ed. II.
Haeberlin. Operation bei voelligem Mangel der Scheide. Vorschlag einer neuen Operationsmetode Zbl. f. Gyn. 1907, No. 9.
Halban. Zentralbl. f. Gyn. 1920, No. 13.
Hartog. Zentralbl. f. Gyn. 1921, No. 4.
Harttung. Ein weiterer Beitrag zur Scheidenbildung nach Schubert Ztrbl. f. Gyn. 1922, No. 40.
Henkel. Zentbl. f. Gyn. 1913, No. 2.
Hortolomei. Două cazuri de absenţa congenitală a vaginului. Crearea lui din intestin subţire. Spitalul, 1920, No. 12.
Juvara E. De la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale. Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1912, No. 5.
Keyserlingk. Scheidenbildung nach Schubert. Zentralbl. f. Gyn. 1922, No. 10.
Kroemer P. Die plastische Neubildung der Scheide bei partiellem und totalen Defekt. Praktische Erg. d. Geb. u. Gyn. 1913, No. 1.
Kubinyi. Kuenstliche Scheide bei gaenzlichem kongenitalem Scheidendefekt kombiniert mit Uterus rudimenterius und sakraler Niere (Budapester Poliklinik) Zentralbl. f. Gyn. 1910, No. 8.
Kupferberg. Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 37.
Liepmann. Frauenheilkunde, Bd. II, Leipzig 1914.
Le Fort. Médecine opératoire Vol. II, 1877, Ed. VIII.
Martens. Ueber den Ersatz der fehlenden Vagina durch Darm. Deutsche Med. Wochenschrift 1921, No. 41.
Michael Hanns. Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 46.
Mori M. Scheidenbildung unter Benutzung einer verlagerten Duendarmschlinge bei Uterus rudimentarius cum vagina rudimentaria. Zentralbl. f. Gyn. 1910, No. 1.
Moszkowicz (Wien). Plastik bei Scheidendefekt, Zentralbl. f. Gyn. 1921 No. 2.

Mueller Arthur. Scheidenbildung aus einer verlagerten Duenndarmschlinge Zentralblatt f. Gyn. 1910, No. 34.

Nemeș A. (Oradea Mare). Scheidenbildung aus dem Mastdarm, Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 22.

Neugebauer. Fuenf Faelle von kuenstlicher Bildung der Scheide bei angeborenem Mangel derselben. Zentralblatt f. Gyn. 1920, No. 48.

Idem. Weitere Erfahrungen zur Bildung der Dünndarmscheide. Zentralblatt f. Gyn. 1922, No. 10.

Papanicol (Galați). Bildung einer kuenstlichen Vagina aus dem Duenndarm. Ztrbl. f. Gyn. 1912, No. 31.

Pozzi. De la création d'une cavité vaginale par la métode autoplastique dans les cas d'absence congénitale. Revue de Gyn. et de chirurgie Abd. 1911, T. XVII.

Protopopescu N. Vagin artificial din intestin subțire. Revista Științelor Medicale, Martie 1913 (Zentralblatt f. Gyn. 1913, No. 44).

Puppel. Operationen bei Bildungsfehlern der weibl. Genitalien. Zentralblatt f. Gyn. 1910, No. 3.

Rosenstein (Breslau). Zur Scheidenbildung beim angeborenen Vaginaldefekt. Monatschr. f. Gyn. u. Geb. 1922, No. 314, Vol. LVIII.

Rosenthal (Darmstadt). Ein Beitrag zur kuenstlichen Scheidenbildung, Zentralblatt f. Gyn. 1922, No. 27.

Scheffzek. Zur Schubert'schen Vaginalplastik Zentralblatt f. Gyn. 1922, No. 44.

Schubert. Ueber Scheidenbildung bei angeborenem Vaginaldefekt. Zentralblatt f. Gyn. 1911, No. 28.

Idem. Die Bildung der Scheide bei Vaginaldefekt Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 7.

Schwartz. Journal de chirurgie T. XXI, 1923, No. 1.

Schwartz et Mathieu. Pathologie externe J. B. Baillère et fils Paris, 1912.

Sitsinsky A. Zur Frage ueber die Bildung einer kuenstlichen Scheide. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900, Vol XII.

Steuding. Beitrag zur Vaginoplastik Ztrbl. f. Gyn. 1922, No. 2.

Stoeckel. Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 29.

Styassny. Comunicare făcută la Soc. de Gyn. din Viena. Zentralblatt f. Gyn. 1920, No. 13.

Vautrin, Nancy. Considérations sur l'absence totale du vagin et son traitement chirurgical, Annales de Gyn. set. d'obstétrique 1905 (Ztrbl. f. Gyn. 1906, No. 31).

Wallerstein. Zentralblatt f. Gyn. 1921, No. 41.

Weibel. Zentralblatt f. Gyn. 1920, No. 13.

Wenzel. Ein Fall von Uterus rudimentarius mit Defectus vaginae Zentralblatt f. Gyn. 1912, No. 52.